Deutscher Bundestag **Drucksache 18/10153**
18. Wahlperiode 20.10.2016

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Mögliche „Krankfärberei der Versicherten" durch gesetzliche Krankenkassen

Am 19. September 2016 stellte das Bundesversicherungsamt (BVA) seinen Tätigkeitsbericht 2015 vor (www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper/index.html#88). Darin werden verschiedene Strategien von gesetzlichen Krankenkassen beschrieben, ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds künstlich in die Höhe zu treiben. Demzufolge sollen Krankenkassen nachträglich zusätzliche Diagnosedaten erfasst haben, so dass vermehrt Diagnosen aufgenommen werden, „denen Einfluss auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zukommt" (S. 88). Das sah das BVA offenbar als rechtswidrig an und hat dem Bericht zufolge aufsichtsrechtliche Verfahren eingeleitet und die angeschriebenen Krankenkassen hätten „schriftlich versichert, keine auf eine Nacherfassung hin ausgerichteten Diagnoseprüfungen mehr vorzunehmen" (ebenda). In einem Fall sei aber ein Verpflichtungsbescheid erlassen worden.

Das BVA hat sich auch mit sogenannten Kodierberatungen befasst, bei denen Ärztinnen und Ärzte durch Krankenkassen oder deren Dienstleister mit dem Ziel beraten werden, vermehrt die für die Kassen profitablen Diagnosen bei ihren Versicherten festzustellen (S. 89). Laut der „Welt am Sonntag" vom 18. September 2016 werden den Hausärzten im Auftrag der Krankenkassen Listen mit Patientinnen und Patienten vorgelegt und sie gebeten, „bei dem einen oder anderen eine Krankheit zu diagnostizieren, die für den großen Geldtopf [der Gesundheitsfonds, Anm.] relevant ist".

Eine weitere Strategie bieten Dienstleistungsunternehmen wie die Firma A. an. Sie machen laut der „Welt am Sonntag" „den Kassenmanagern ein Angebot, das äußerst attraktiv klingt: Sie wollen gegen Provision dafür sorgen, dass die Kasse viel Geld aus dem Finanzausgleich bekommt – zum Beispiel mithilfe von Callcentern, die Versicherte anrufen" (ebenda). So sollen zum Beispiel Versicherte nach einem „milden Herzinfarkt mit nur geringer Beeinträchtigung" kontaktiert werden, um „ihnen Angst zu machen" und sie trotz Beschwerdefreiheit zum Arztbesuch zu bewegen. „Das lohne sich, denn pro Patient gibt es für die Diagnose ‚behandlungsbedürftige Folge nach Herzinfarkt' 998 Euro" (ebenda). Die Firma A. sichere für die Diagnose Arthrose neben einen „Return on Investment" von 4,4 Prozent auch eine „Geld-zurück-Garantie" zu (ebenda).

Richtig profitabel wird es für die Krankenkassen, wenn die Ärztinnen und Ärzte direkt mit ins Boot geholt werden. In sogenannten Betreuungsstrukturverträgen „belohnen Krankenkassen Ärzte finanziell dafür, dass sie ganz bestimmte Krankheitsdiagnosen ihrer Patienten an die Krankenkassen melden" (Berliner Morgenpost, 26. September 2016, www.morgenpost.de/politik/article208297205/Dubiose-

Aerztevertraege-Kassen-verschwenden-eine-Milliarde.html). Die Krankenkassen geben Ärztinnen und Ärzte damit einen finanziellen Anreiz, die Versicherten bei finanziell interessanten Krankheiten eher als krank zu diagnostizieren, als sie es sonst getan hätten. Diese „Krankfärberei der Versicherten“ (Welt am Sonntag vom 25. September 2016) sei unter Krankenkassen ein bekanntes Phänomen, wie sich aus Reaktionen auf den zitierten Artikel der „Welt am Sonntag“ vom 18. September 2016 ergab. Eine Versicherte hätte demnach berichtet, ohne ihr Wissen als Diabetespatientin diagnostiziert worden zu sein (ebenda).

Durch diese Strategie, Zuweisungen künstlich in die Höhe zu treiben, zeichnen sich weitreichende negative Folgen für Versicherte ab. Wolfgang Schnaase vom Vorstand der Betriebskrankenkasse (BKK) Mobil Oil erläuterte: „Das schlägt sich in höheren Ausgaben für Ärztehonorare nieder und damit letztlich in höheren Beiträgen“ (ebenda), also in steigenden Zusatzbeiträgen für die Versicherten. Die Techniker Krankenkasse schätzt die Provisionszahlungen von Kassen an Ärztinnen und Ärzte auf 900 Mio. Euro pro Jahr. Insgesamt würden etwa 1 Mrd. Euro „sinnlos verschwendet“ (www.morgenpost.de/politik/article208297205/Dubiose-Aerztevertraege-Kassen-verschwenden-eine-Milliarde.html). Als positiv sehen die Fragesteller, dass aufklärende Hinweise zu den Betreuungsstrukturverträgen aus den Reihen der Krankenkassen selbst, namentlich von der BKK Mobil Oil und der Techniker Krankenkasse kamen. Es ist allerdings wenig verwunderlich, dass beide Kassen unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamts (BVA) stehen, dem oftmals eine rigidere Prüfungspraxis nachgesagt wird als der Aufsicht durch die Landesbehörden (vgl. etwa Dienst für Gesellschaftspolitik, 27. August 2015, S. 7f).

Das BVA nimmt diese Entwicklungen offenbar zur Kenntnis: „Insgesamt ist eine Tendenz zu erkennen, der zufolge korrigierende ‚Interventionen‘ im Hinblick auf bereits übermittelte Leistungsdaten eher zurückgehen, wohingegen ‚Beratungskonzepte‘ oder auch selektivvertragliche Abrechnungsbestimmungen in Anknüpfung an die Diagnosedokumentation in den Vordergrund zu rücken scheinen“ (BVA Tätigkeitsbericht 2015, S. 89). Inwieweit das BVA als Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Krankenkassen weiter aktiv wird und insbesondere das gesetzlich geforderte Wirtschaftlichkeitsgebot für derartige Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärzteschaft überprüft, geht aus seinem Tätigkeitsbericht nicht hervor.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, bekannte in der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ vom 9. Oktober 2016: „Wir Krankenkassen schummeln ständig“. Dr. Jens Baas weiter: „Es ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen darüber entstanden, wer es schafft, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen aufzuschreiben.“ Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbands, warf Dr. Jens Baas daraufhin am 10. Oktober 2016 Schummelei vor und bezeichnete den Vorstoß als „vorgezogene Halloween-Aktion“. Dr. Jens Baas klar erkennbares Ziel sei es, zum Vorteil seiner Kasse auf einen Rückbau des Risikostrukturausgleich (RSA) hinzuwirken. Laut Martin Litsch hätten sich die Ersatzkassen die erhoffte „Beute“ aus diesem Rückbau von 500 Mio. Euro bereits aufgeteilt (http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2016/index_17264.html).

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wurde seit über 20 Jahren sukzessive verschärft, insbesondere durch das Gesundheitsstrukturgesetz (Union, SPD, FDP), das GKV-Modernisierungsgesetz (SPD, Grüne, Union) sowie für Selektivverträge, insbesondere das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Union, SPD). Franz Knieps, zur Zeit des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit und heute Vorstand des BKK Dachverbands e. V., beschrieb die Erwartungen damals so: „Das GKV-WSG öffnet Türen für eine neue Ausgestaltung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Dahinter liegen neue Welten. Wie diese Welten aussehen werden, bestimmen in erster Linie die Akteure des Gesundheitswesens selbst durch ihr konkretes

Handeln. Von diesem Handeln wird es abhängen, ob sich der Wettbewerb von einem auf Risikoselektion ausgerichteten Preiswettbewerb hin zu einem Wettbewerb um die bessere Versorgungsqualität und um ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis fortentwickelt. […]Wettbewerb unter den Bedingungen des GKV-WSG steht ungeachtet aller interessengeleiteter Kritik allein auf dem Prüfstand des Praxistests, inwieweit die gesundheitspolitischen Ziele wie Qualität, Effizienz und Solidarität erreicht werden. Andere Kriterien, insbesondere die institutionellen und monetären Interessen der Akteure, sind und bleiben demgegenüber zweitrangig. Wettbewerb ist demnach für den Verfasser kein Selbstzweck, keine Ideologie, kein eigenständiges ordnungspolitisches Merkmal, sondern stets ein Instrument zur funktionalen Steuerung eines wertegebundenen solidarischen Gesundheitssystems“ (www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/Knieps__08,property=Data.pdf).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hat sich die Zahl der für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) relevanten diagnostizierten Erkrankungsfälle seit Bestehen den Morbi-RSA entwickelt (bitte insbesondere für die großen Volkskrankheiten Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen auflisten und die verschiedenen Schweregrade bei hierarchisierten Morbiditätsgruppen – HMG berücksichtigen)?

2. Inwiefern kann die Bundesregierung erkennen, dass sich die Zahlen für Morbi-RSA relevante Diagnosen und für höhere Schweregrade innerhalb der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) anders entwickelt haben als solche, die für die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds weniger relevant sind?

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu Art und Umfang von nachträglichen Diagnoseänderungen zugunsten Morbi-RSA-relevanter Diagnosen?

4. Inwiefern hält die Bundesregierung solche nachträglichen Diagnoseänderungen für rechtswidrig bzw. hält die Bundesregierung eine rechtliche Klarstellung für angezeigt, um solche nachträglichen Diagnoseänderungen zu unterbinden?

5. Welche rechtlichen Schritte stehen anderen Kassen offen, die durch nachträgliche Diagnoseänderungen mittelbar geschädigt werden?

   Sind diese Möglichkeiten bislang bereits genutzt worden, und wenn ja, in welchen Fällen?

6. Wie war der im Tätigkeitsbericht des BVA genannte Fall gelagert, in dem das BVA das Verfahren an die für die Kassenärztliche Vereinigung als zuständige Aufsichtsbehörde abgegeben hat?

7. Welcher Art war der Verpflichtungsbescheid, den das BVA laut seines Tätigkeitsberichts 2015 an eine Krankenkasse wegen nachträglicher Diagnoseänderungen erlassen hat, und inwiefern wurde die Einhaltung dieses Verpflichtungsbescheids durch die Krankenkasse von der Aufsicht überprüft?

8. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Art und Ausmaß solcher Einflussnahme der Krankenkassen bzw. der von ihnen beauftragten Dienstleistungsunternehmen?

9. Inwiefern sind mittelbar gesundheitliche Nachteile für die Versicherten durch solche Einflussnahmen denkbar, und welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?

10. Welche Dienstleistungsunternehmen mit einem solchen Angebot außer der in den Medien genannten Firma A. sind der Bundesregierung bekannt?

11. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Umsatz solcher spezialisierter Dienstleister, und wie hoch schätzt sie die Mittel des Gesundheitsfonds, deren Verteilung an die Kassen durch diese Dienstleister beeinflusst wird?
12. Welche Krankenkassen sind der Bundesregierung bekannt, die ein solches Angebot angenommen haben?
13. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Art und Ausmaß von Kodierberatungen von Ärztinnen und Ärzten durch Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Unternehmen, die mit dem Ziel, die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen, durchgeführt werden?
14. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Mittel des Gesundheitsfonds, deren Verteilung an die Kassen durch diese Kodierberatungen beeinflusst wird?
15. Kennt die Bundesregierung Namen von Dienstleistungsunternehmen mit einem solchen Angebot oder von Kassen, die derartige Praktiken durchführen (lassen), und wenn ja, welche?
16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Art und Ausmaß von Betreuungsstrukturverträgen zwischen Ärztinnen und Ärzten oder deren Verbänden und Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Unternehmen, die bestimmte Diagnosestellungen honorieren und dabei das Ziel verfolgen, die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen?
17. Inwiefern widersprechen solche Betreuungsstrukturverträge nach Ansicht der Bundesregierung dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das für Selektivverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgeschrieben ist?
18. Inwiefern beinhaltet das für Selektivverträge nach § 140a SGB V geltende Wirtschaftlichkeitsgebot, dass diese nicht nur für die einzelne Krankenkasse, sondern für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt wirtschaftlich sein müssen?

    Besteht hier nach Ansicht der Bundesregierung gesetzgeberischer Änderungsbedarf?
19. Inwiefern geht nach Ansicht der Bundesregierung mit solchen Betreuungsstrukturverträgen eine Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgungsqualität einher?
20. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Aufkommen solcher Betreuungsstrukturverträge und dem Anstieg bestimmter Morbi-RSA-relevanter Diagnosen?
21. Wie viele dieser Betreuungsstrukturverträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bislang abgeschlossen, wie viele Ärztinnen und Ärzte sind involviert, und wie viele Versicherte sind in Krankenkassen versichert, die diese Betreuungsstrukturverträge abgeschlossen haben?
22. Inwiefern hält die Bundesregierung das geschätzte Volumen von 900 Mio. Euro für Betreuungsstrukturverträge und für ca. 1 Mrd. Euro p. a. für alle genannten Strategien von Krankenkassen, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen, für realistisch?

23. Können diese Praktiken Auswirkungen auf die Berechnung der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) haben, da bei unrichtig oder zu schwer gestellten Diagnosen das Bundesversicherungsamt relativ zur gestellten Diagnose zu geringe Folgekosten feststellt?

    Kann dies also zur Folge haben, dass Kassen, die diese Tricks nicht anwenden, objektiv zu geringe Zuweisungen erhalten?

    Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

24. Wie hoch sind jeweils die Zusatzhonorare, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Betreuungsstrukturverträgen erhalten, und welche erwünschte oder unerwünschte Handlungsanreize werden dadurch nach Ansicht der Bundesregierung gesetzt?

25. Um wie viele Prozentpunkte könnte der durchschnittliche Beitragssatz sinken, wenn die Krankenkassen 1 Mrd. Euro p. a. weniger Ausgaben hätten?

26. Inwiefern verstoßen Ärztinnen und Ärzte nach Ansicht der Bundesregierung gegen Berufs- oder Sozialrecht, wenn sie aufgrund solcher Betreuungsstrukturverträge Diagnosen anders stellen, als sie es sonst getan hätten?

27. Inwiefern verstoßen Ärztinnen und Ärzten nach Ansicht der Bundesregierung gegen Berufs- oder Sozialrecht, wenn sie wie in der „Welt am Sonntag“ vom 25. September 2016 beschrieben ohne das Wissen der Versicherten Diagnosen ausstellen?

    Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus, dass die genannten Betreuungsstrukturverträge aufgrund ihrer immanenten Anreize solche Reaktionen offenbar hervorrufen für einen möglichen Gesetzgebungsbedarf?

28. Auf welcher Rechtsgrundlage werden nach Kenntnis der Bundesregierung solche Betreuungsstrukturverträge abgeschlossen, und welche Kriterien, insbesondere bezüglich (Behandlungs-)Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz, haben diese Verträge zu erfüllen?

29. Inwiefern hält die Bundesregierung die Geheimhaltung, die Selektivverträge nach § 140a SGB V in der Regel kennzeichnen, für einen Grund für unerwünschte Formen solcher Verträge, und inwiefern erwägt sie, eine Veröffentlichungspflicht von Selektivverträgen einzuführen, um den Versicherten angesichts der Auswirkungen auf die Patientenversorgung eine informierte Entscheidung bei der Kassenwahl zu ermöglichen?

30. Inwiefern erfolgt die Sondervergütung innerhalb der Betreuungsstrukturverträge außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit außerhalb der ausgehandelten Ausgaben der vertragsärztlichen Vergütung?

31. Welche Folgen kann nach Kenntnis der Bundesregierung eine fehlerhaft gestellte oder fehlerhaft zu schwer gestellte Diagnose für Patientinnen und Patienten haben, die nach der Diagnosestellung eine Versicherung abschließen wollen, für die der Gesundheitszustand relevant ist, z. B. eine Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherung?

32. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die behauptete uneinheitliche Aufsichtspraxis in Bund und Ländern (vgl. unter anderem Dr. Jens Baas in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 9. Oktober 2016 oder Dienst für Gesellschaftspolitik vom 27. August 2015), welche Rückschlüsse zieht sie daraus, und beabsichtigt die Bundesregierung, auf eine bundeseinheitliche Überwachung hinzuarbeiten?

33. Inwiefern handelt es sich bei
    a) nachträglichen Diagnoseänderungen,
    b) Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, durch eine veränderte Inanspruchnahme mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erlangen,
    c) Kodierberatungen von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel vermehrter RSA-relevanter Diagnosen und
    d) Betreuungsstrukturverträgen mit dem Ziel, vermehrter RSA-relevanter Diagnosen

    nach Einschätzung der Bundesregierung jeweils um rechtswidrige Praktiken, und inwiefern sieht die Bundesregierung jeweils gesetzgeberischen, verordnungsgeberischen oder aufsichtsrechtlichen Handlungsbedarf?
34. Welche Prüfungen, Beanstandungen oder Sanktionen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung durch das BVA oder andere Aufsichtsbehörden aufgrund
    a) nachträglicher Diagnoseänderungen,
    b) Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, durch eine veränderte Inanspruchnahme mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erlangen oder
    c) Kodierberatungen von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel vermehrter RSA-relevanter Diagnosen

    durchgeführt bzw. verhängt (bitte jeweils Art und Höhe der Sanktion sowie die entsprechende Krankenkasse angeben)?
35. Welche rechtlichen Schritte stehen nach Kenntnis der Bundesregierung anderen Krankenkassen oder Versicherten offen, die durch eine der beschriebenen Praktiken geschädigt werden?
36. Inwiefern kann nach Ansicht der Bundesregierung von Verschwendung von Beitragsgeldern gesprochen werden?
37. Inwiefern hält die Bundesregierung eine rechtliche Klarstellung für angezeigt, um die genannten Praktiken jeweils zu unterbinden?
38. Inwiefern wäre eine stärkere Orientierung an den Ist-Kosten der Kassen statt an Pauschalen für Diagnosen hilfreich, den beschriebenen Wettbewerb um Diagnosen zu reduzieren und den Kassen somit die Möglichkeit zu geben, sich fokussierter um ihren eigentlichen Auftrag zu kümmern?
39. Bei welchen der angesprochenen Praktiken handelt es sich nach Ansicht der Bundesregierung um Verträge zu Lasten Dritter?
40. Haben Krankenkassen, die eine dieser Praktiken angewendet haben, juristisch oder politisch induzierte Rückzahlungsforderungen zu befürchten?

    Hat das BVA in einem solchen Fall bislang schon einmal Rückzahlungsforderungen wegen zu Unrecht zu viel gezahlter Zuweisungen des Gesundheitsfonds an einzelne Kassen durchgesetzt?

Berlin, den 20. Oktober 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333